

REQUEST FOR A REPLACEMENT VOTER INFORMATION CARD
SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE LA TARJETA DE
INFORMACIÓN DEL ELECTOR
DEMANN POU RANPLASMAN YON KAT ENFÒMASYON VOTÈ

Date / Fecha / Dat

Date of Birth

Fecha de nacimiento

Dat Nesans

Voter's Name / Nombre del elector / Non Votè

Residence Address / Domicilio / Adrès Domisil

Mailing address if different from residence address

La dirección postal, si no es la misma que la dirección de residencia

Adrès postal si li diferan de adrès domisil la

Telephone / Teléfono / Telefòn

Email / Correo electrónico / Imel

Voter Must Sign / El elector tiene que firmar / Votè a Dwe Siyen



You may submit the form by:

Fax: 305-499-8371

Email: register@votemiamidade.gov

Mail: Office of the Supervisor
of Elections
P.O. Box 521550
Miami, Florida 33152

Usted puede enviar el formulario por:

Fax: 305-499-8371

Correo electrónico: register@votemiamidade.gov

Correo postal: Oficina de la Supervisora de
Elecciones
P.O. Box 521550
Miami, Florida 33152

Ou ka soumèt fòm lan pa:

Faks: 305-499-8371

Imel: register@votemiamidade.gov

Lapòs: Biwo Sipèvizè Eleksyon
P.O. Box 521550
Miami, Florid 33152

